|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 轉銜通報窗口 | 嘉義縣身心障礙者服務中心(天主教中華聖母慈善事業基金會) | | | | | | | | | |
| 單位地址 | 嘉義市民權路60號2樓 | | 電子信箱 | | cy-center@stm.org.tw | | | | | |
| 聯絡電話 | 05-2778388# | | 傳真電話 | | 05-2766971 | | | | | |
| 社 工 員 |  | | 督 導 | |  | | | | | |
| 身心障礙者姓 名 |  | | 身份證字號 | |  | | | | | |
| 回覆日期 | |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 受理轉銜  回覆內容 | □1.開案服務。 | | | | | | | | | |
| □2.不開案服務。 | | | | | | | | | |
| 【說明】：（請針對不開案原因進行說明，例：聯繫情形、提供服務內容狀況等） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 回覆單位  (轉入單位) |  | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 |  | 傳真電話 | |  | | | | | | |
| 社 工 員 |  | 單位主管 | |  | | | | | | |
| 備註 | 身心障礙生涯轉銜計畫實施辦法  第5條：轉出單位依前條規定辦理轉銜服務，應將轉銜服務計畫，於轉銜會議後十四日內送達轉入單位。**轉入單位應於轉銜後十四日內，將受案情況填具轉銜通報回覆表，通報所屬轉銜窗口，該轉銜窗口並應即通知轉出單位轉銜服務結果。** | | | | | | | | | |